UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 70

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

SYPHILITIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1914

PAR

Jean BORDES

Né à Marseille (B.-du-Rh.), le 28 mars 1887

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
FORGUE, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

SYPHILITIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 70

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

SYPHILITIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean BORDES

Né à Marseille (B.-du-Rh.), le 28 mars 1887

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
FORGUE, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales . .	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . .	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU, a. l. (ch de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *professeur, présid.* | MM. MASSABUAU, *agrégé*
FORGUE, *professeur.* | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON JEUNE FRÈRE HENRY

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

J. BORDES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET ETIENNE

J. BORDES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHNELL

MÉDECIN DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A TOUS MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A L'ÉCOLE DE MARSEILLE

J. BORDES.

AVANT-PROPOS

Nous avons, à la fin de nos études, une mission à remplir, celle d'offrir nos remerciements et d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué au succès de ces études, par leur affection, leur dévouement, leur science, leur indulgence et leur cordiale camaraderie.

Nous remercions M. le professeur Estor pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nos remerciements vont également à M. le professeur Forgue, qui a bien voulu faire partie de notre jury.

Très sincèrement merci à MM. les professeurs agrégés Massabuau et Etienne d'avoir accepté de siéger au dernier acte de notre scolarité.

M. le professeur Etienne, à la bienveillance de qui nous devons notre sujet de thèse et qui nous a toujours réservé le meilleur accueil, peut être assuré de notre reconnaissance.

Nous nous rappelons la dette de reconnaissance contractée envers nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole de Marseille.

A M. le docteur Schnell, ami de notre famille, qui encouragea toujours nos efforts, le tribut de notre profonde gratitude; à ses enseignements cliniques, clairs et précis,

nous devons une grande partie de nos connaissances médicales actuelles.

Merci à M. le professeur d'Astros, chez qui nous avons débuté comme externe et qui a si bien su nous initier à la pædiatrie.

Tous nos remerciements à M. le docteur Brun, dans le service duquel nous avons séjourné longtemps.

Nous n'oublions pas non plus, M. le professeur Reynes, qui a contribué à compléter nos connaissances chirurgicales.

Enfin, nous garderons un souvenir durable de tous ceux qui, pendant nos années d'études, nous ont donné des preuves de leur sympathie et de leur dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

SYPHILITIQUES

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La connaissance des arthrites syphilitiques est déjà fort ancienne, puisque Ambroise Paré, en 1561, avait déjà vu les localisations articulaires de cette maladie. « Lorsque la vérole est récente, il apparaît ulcère à la verge ou à la vulve, tumeurs aux aines, chaude-pisse jetant quelquefois sanie puante et fort fétide, laquelle provient des parastates ou des ulcères qui sont au conduit de la verge; ils ont aussi douleurs aux jointures, testes, espaules, etc... »

Sans doute, en lisant ces lignes, on est frappé de la confusion probable entre la syphilis et la blennorragie, qui semblent être décrites toutes deux comme donnant naissance à des douleurs articulaires: c'est qu'en effet

syphilis et gonococcie ont été confondues comme une seule et même maladie jusqu'aux travaux de Richet, en 1853.

En 1853, en effet, Richet fait paraître un remarquable mémoire sur les tumeurs blanches syphilitiques, et il décrit les deux formes cliniques sous lesquelles se présente la syphilis articulaire :

1° La synovite syphilitique secondaire ;

2° L'ostéo-synovite tertiaire.

Ricord ne reconnaît pas ces lésions articulaires, mais admet tout de même que la syphilis peut dans une certaine mesure modifier l'allure d'une tumeur blanche tuberculeuse et réciproquement.

En 1863, Lancereaux fit connaître le premier les résultats d'une autopsie au sujet des lésions de la syphilis articulaire.

Fournier crée ensuite le terme de pseudo-rhumatisme syphilitique.

En 1880, Dureuil publie sa thèse sur les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Méricamp, en 1882, publie la seconde autopsie sur la question.

Depuis lors, ont été publiés un grand nombre de cas et de multiples travaux sur la question des lésions articulaires de la syphilis.

Sergent, en 1907, dans son livre « Syphilis et tuberculose », émet l'hypothèse de la possibilité de l'existence des arthropathies mixtes syphilo-tuberculeuses : ceci nous amène à la question de l'influence de ces deux maladies l'une sur l'autre.

Quoi qu'il en soit, nous limiterons notre travail à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques, c'est-à-dire à l'étude des lésions tertiaires ou héréditaires de la syphilis sur les articulations. Nous laisserons donc de côté le pseudo-rhumatisme syphilitique, accident secondaire, et

nous insisterons surtout sur les difficultés de diagnostic créées par les manifestations articulaires syphilitiques.

C'est qu'à l'heure actuelle, en effet, la question ne se pose pas de savoir si l'arthrite syphilitique existe ; il s'agit de savoir la diagnostiquer soit par des moyens cliniques, soit par des recherches de laboratoire.

ETIOLOGIE

Contrairement au pseudo-rhumatisme syphilitique, à l'arthralgie tenace, survenant surtout la nuit, à l'hydarthrose, qui sont des accidents de la période secondaire coexistant avec la roséole et les plaques muqueuses ou leur faisant suite, apparaissant par conséquent le plus souvent dans la première année qui suit le chancre, les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques sont des accidents tertiaires ou hérédo-syphilitiques.

C'est dire qu'elles apparaîtront 3, 5, 10, 20 ans après le chancre, alors que le sujet ne présente plus aucune manifestation évidente permettant de penser à la vérole: si elles constituent alors la seule manifestation de la syphilis, si surtout, par fausse honte ou par ignorance, le malade nie les accidents primaires ou secondaires, cette localisation de la syphilis en imposera aisément, on le conçoit, pour une manifestation tuberculeuse.

Nous avons éliminé les manifestations secondaires de la syphilis sur les articulations; mais il nous faut aussi éliminer de notre sujet les arthropathies tabétiques, qui n'ont rien de commun avec les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques: d'abord par leur apparition, en second lieu par leur symptomatologie, en troisième lieu par leur étiologie; L'arthropathie tabétique, en effet, n'est pas une lésion spécifique: c'est une arthropathie nerveuse dont les lésions sont déterminées non pas par le virus syphilitique, mais

par un plus grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique: nous envisagerons d'ailleurs ces différences dans notre chapitre du Diagnostic.

Donc, la syphilis frappera les articulations à la période tertiaire; ce sera là sa seule manifestation, ou bien d'autres gommes se développeront en différents endroits du corps. Quelle est l'étiologie intime de ces accidents? Nous l'ignorons.

La profession, d'après O. Reilly, prédisposerait à certaines localisations. Les articulations le plus surmenées seraient le plus souvent atteintes: c'est là une loi de pathologie générale; c'est l'influence de la moindre résistance sur l'éclosion de la maladie; mais les observations sont encore trop rares pour permettre de formuler une loi absolue à cet égard.

Un fait plus certain, c'est que les grandes articulations sont plus souvent atteintes que les petites: le genou à lui tout seul l'est dans les trois quarts des cas; ceci n'a pas lieu de nous étonner. A cause de ses fonctions pénibles, le genou est un point d'élection pour les localisations infectieuses de toute nature: tuberculose, blennorragie, rhumatisme, peut-être aussi les autres manifestations syphilitiques du côté des articulations, telles que le pseudo-mal de Pott syphilitique, sont-elles plus fréquentes qu'on ne le croit, mais ne sont pas diagnostiquées aussi aisément que la pseudo-tumeur blanche syphilitique du genou. C'est à peu près tout ce que l'on sait de l'étiologie de la syphilis articulaire tertiaire acquise.

Mais comme le dit Schüller, *les différentes formes cliniques de la syphilis s'observent aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire.*

Ceci est vrai pour les arthropathies syphilitiques: c'est qu'en effet ces manifestations sont fréquentes chez les

enfants de 5 à 15 ans, dont les parents sont syphilitiques, et qui n'ont pas été exposés à une contamination directe. On sait combien l'hérédo-syphilis, dans ses manifestations, revêt l'allure de la syphilis tertiaire, et ceci nous fait comprendre combien le diagnostic des arthropathies syphilitiques sera rendu difficile dans certains cas, car il ne nous suffira pas de rechercher la syphilis chez le sujet qui présentera des lésions articulaires, il nous faudra encore interroger les parents si on le peut. Les signes classiques de l'hérédo-spécificité tels que la triade d'Hutchinson peuvent manquer chez un hérédo-syphilitique avéré, et dans les cas douteux mieux vaudra instituer un traitement d'épreuve que de traiter l'enfant pour une tumeur blanche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce que nous avons dit plus haut nous permet d'éliminer les lésions simplement congestives de l'hydarthrose spécifique et les lésions autrement plus complexes des arthropathies nerveuses.

Les autopsies de Lancereaux et de Méricamp n'ont pas été suivies d'un nombre d'autopsies considérable. C'est qu'en effet il est rare que la syphilis articulaire tue: car ou elle n'est pas diagnostiquée, ou bien elle est diagnostiquée et traitée, et dans ce cas le malade est amélioré, échappant ainsi à l'autopsie.

On peut tout de même décrire à la syphilis articulaire tertiaire les formes suivantes:

1° *Arthropathies non fistulisées:*

A. Forme d'infiltration synoviale avec gommes intra et périsynoviales et hydarthrose;

B. Forme d'ostéo-arthropathie avec lésions osseuses hypertrophiantes dominantes;

C. Arthrite syphilitique déformante par ostéite raréfiante.

2° *Arthropathies fistulisées.* — Nous éliminerons dès maintenant l'arthrite syphilitique déformante, qui est une lésion très rare, caractéristique de l'hérédo-syphilis, et qui ne peut donc guère, se présentant dans le jeune âge,

prêter à des erreurs de diagnostic avec l'arthrite sèche, qui est une affection des personnes âgées.

Nous ne saurions étudier séparément les lésions de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise, car elles se confondent au point de vue anatomo-pathologique.

1° *Périsynovite gommeuse.* — Dans cette forme, la synoviale est envahie par des productions gommeuses ayant les caractères microscopiques de toutes les gommes syphilitiques. Ce seront des indurations localisées de la synoviale qui donneront à la palpation la sensation de *blindage* caractéristique. Chose importante à noter: nous n'aurons pas d'envahissement à l'intérieur de l'articulation, c'est-à-dire qu'au contraire de la tuberculose, qui, dès qu'elle se localise sur une synoviale, donne naissance à des fongosités, la syphilis, au contraire, reste périsynoviale.

2° *Ostéo-arthropathie syphilitique à prédominance osseuse.* — C'est la vraie « *pseudo-tumeur blanche* » de Fournier. Mais ce qui nous a obligé à décrire néanmoins dans les pseudo-tumeurs blanches la forme de périsynovite gommeuse, c'est qu'en clinique les deux formes s'associent et qu'il n'y a pas à proprement parler des formes pures d'ostéo-arthropathie à prédominance osseuse. Les lésions des os s'accompagnent toujours de lésions synoviales et réciproquement.

Dans cette forme, les extrémités osseuses sont augmentées de volume: à leur intérieur, on trouve des gommes osseuses plus ou moins nombreuses. Le cartilage, au contraire de ce qui se produit dans la tuberculose, est le plus souvent respecté, bien que, d'après certaines observations, il ait été perforé.

Il va sans dire que dans les deux formes que nous

venons d'étudier, synoviale et osseuse, les lésions s'accompagnent d'hydarthrose. C'est là un fait facile à comprendre, car toutes les affections articulaires s'accompagnant de congestion tant soit peu intense donnent de l'hydarthrose. Il ne faut pas confondre cette hydarthrose, qui est sous la dépendance de lésions syphilitiques nettes, avec l'hydarthrose constituant toute la maladie, et qui est, nous l'avons vu, une manifestation secondaire.

Pseudo-tumeur blanche fistulisée. — Si le malade n'est pas traité à l'une des deux périodes mentionnées ci-dessus, deux cas peuvent se produire : ou bien les lésions restent dans le même état, car, au contraire de la tuberculose articulaire, la syphilis est très tolérante, et des malades peuvent marcher de longues années sans immobilisation ni traitement, sans arriver à la fistulisation, ou bien la pseudo-tumeur blanche se fistulise.

L'ouverture des gommes peut se faire soit en dedans, dans l'intérieur de la synoviale, soit le plus souvent au dehors, soit dans les deux directions en même temps. A partir de ce moment, il y a communication entre l'article et l'extérieur, la voie est ouverte aux infections secondaires et les caractères du liquide gommeux qui, primitivement, s'écoule par la fistule, sont vite changés par les infections secondaires envahissant le trajet fistuleux et l'articulation.

Il est impossible de ne pas être frappé, en lisant cette description, par l'analogie vraiment considérable qui existe au point de vue macroscopique entre la tuberculose et la syphilis articulaire. Quelle différence existe-t-il, en effet, entre la forme mixte ostéo-synoviale de la bacillose et la forme mixte de la syphilis? Sans doute la sensation des gommes périsynoviales ne sera pas la même que celle

que donnent les fongosités, mais l'empâtement périarticulaire empêchera de sentir nettement la différence.

Quelle différence existe-t-il encore au point de vue macroscopique entre la tumeur blanche tuberculeuse fistulisée et la pseudo-tumeur blanche syphilitique? Les trajets fistuleux envahis par les infections secondaires ont le même aspect dans l'un et l'autre cas. Si l'on ajoute à cela que l'état général est pris dans les deux maladies, on comprendra combien le diagnostic sera difficile. De plus en plus, en effet, au fur et à mesure que nos connaissances se précisent, syphilis et tuberculose ont des ressemblances étroites: tout ce que fait l'une, l'autre peut le faire également, et un jour viendra peut-être où seuls les moyens de laboratoire permettront de trancher le diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE

1° *Arthro-synovite gommeuse.* — Dans cette forme, ce qui frappe le plus, c'est l'augmentation de volume de la région: au genou, la région est globuleuse, blanchâtre; *il n'y a pas de douleur;* la gêne fonctionnelle est peu marquée.

A la palpation, on ne sent pas de fongosités, mais par places un épaississement de la synoviale. Il existe de l'hydarthrose concomitante et du choc rotulien. Ce qui rend le diagnostic avec la tuberculose difficile, c'est que l'empâtement de la région ne permet pas de constater la présence ou l'absence de fongosités. Par places, au bout d'un certain temps, apparaissent des *plaques de blindage* qui permettent alors de faire le diagnostic. Mais c'est là un symptôme tardif sur lequel il ne faut pas compter par conséquent au début.

2° *Ostéo-arthropathie syphilitique, pseudo-tumeur blanche à proprement parler.* — Dans ce cas, la région est encore augmentée de volume: cette augmentation est due à l'œdème, à l'hydarthrose concomitante, mais surtout à l'hypertrophie des extrémités osseuses.

Au genou, ce sera surtout l'extrémité inférieure du fémur. Il se produira, comme dans la tuberculose, une luxation en arrière du tibia, secondairement une atrophie du quadriceps. L'état général est souvent atteint. On voit

donc par ces symptômes combien l'analogie entre la tuberculose et la syphilis est frappante.

Toutefois, il existe des caractères différentiels : le plus important de tous, c'est l'absence de douleurs spontanées ou provoquées. La pression sur les extrémités osseuses est indolore, sauf si les points de nécrose osseuse sont trop superficiels.

L'absence de douleur spontanée à la marche est plus importante. Il y aura bien au genou un peu de boiterie, un peu d'impotence fonctionnelle déterminée par la flexion de la jambe sur la cuisse, mais nous n'aurons pas les douleurs vives de la tuberculose articulaire, et ce signe est important dans les pseudo-maux de Pott, dans les pseudo-coxalgies syphilitiques, car dans ces cas l'examen local de l'articulation ne permet pas, on le comprend, de faire le diagnostic entre la tuberculose et la syphilis.

3° *Forme mixte osseuse et synoviale.* — C'est la plus commune ; les lésions sont rarement localisées aux extrémités osseuses ou à la synoviale ; elles atteignent les deux en même temps, et ceci nous montre encore mieux les rapports entre la syphilis et la tuberculose, car ce sont, on le sait, les formes mixtes qui se rencontrent le plus souvent dans cette dernière.

4° *Forme d'ostéo-arthropathie sèche.* — Cette forme très rare, nous l'avons vu, est l'apanage presque exclusif de l'hérédo-spécificité.

Au point de vue clinique, elle se traduira par des craquements lors des mouvements, par de l'impotence fonctionnelle, par des déformations articulaires plus ou moins marquées.

Outre son peu de fréquence, cette forme se diagnosti-

quera facilement de l'arthrite sèche sénile; tandis que celle-ci ne se rencontre que chez des vieillards, celle-là se rencontre au contraire chez des enfants jeunes avant la 15e année.

5° *Formes fistulisées.* — La fistulisation est rare dans l'ostéo-arthrite syphilitique; tandis qu'elle apparaît assez rapidement dans la tumeur blanche proprement dite, surtout si on ne la traite pas par l'immobilisation, elle met longtemps à apparaître dans l'arthrite syphilitique.

Ne s'étant point fait soigner à cause de l'indolence de leurs lésions, les syphilitiques marchent avec un genou atteint sans arriver à la fistulisation, et c'est là un signe qui devra attirer l'attention sur la possibilité d'une pseudo-tumeur blanche. Une fois fistulisée, l'articulation sera exposée à l'infection, et l'atteinte de l'état général, que nous avons déjà signalée dans les formes non fistulisées, ne fera que s'accroître. Le diagnostic sera donc encore plus difficile entre la tuberculose et la syphilis à cette période.

On ne devra plus songer à trouver des bacilles de Koch dans les fistules ou à injecter le liquide hydarthrosique au cobaye. Le siège ou l'aspect des fistules n'ont non plus rien de particulier pour permettre de différencier les deux affections. La rareté des cas relatés à cette période tient à ce que la gravité des lésions fait proposer au malade l'amputation, et après l'opération le diagnostic ne saurait être que rétrospectif par l'apparition d'accidents postérieurs à l'intervention.

Telles sont les formes cliniques des pseudo-tumeurs blanches. On voit combien est frappante la ressemblance entre les vraies et les pseudo-arthropathies tuberculeuses. Ceci nous amène donc à étudier avec plus de détails le diagnostic de l'affection qui nous occupe.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir les ressemblances frappantes qui existent entre la tuberculose et la syphilis articulaire acquise ou héréditaire. La difficulté du diagnostic est donc considérable et son importance l'est peut-être encore davantage.

Que l'on songe, en effet, aux malades amputés pour une arthrite syphilitique, qu'un peu d'iodure ou de mercure auraient guéri; que l'on songe même seulement aux cas moins graves, mais impressionnants tout de même, dans lesquels on condamne le malade à une immobilisation longue, pénible, à une série d'injections douloureuses, et dans lesquels le même traitement aurait évité tous ces ennuis.

Ce sont là des raisons suffisantes pour montrer l'importance du diagnostic ou pour faire tout au moins penser le médecin à la possibilité d'une arthrite syphilitique et lui faire instituer dans les cas douteux un traitement d'épreuve.

Cette importance du diagnostic une fois posée, il nous faut voir quels sont les moyens dont nous disposons pour pouvoir l'établir. Nous envisagerons donc d'abord le diagnostic entre la pseudo-tumeur blanche et l'arthrite tuberculeuse proprement dite, puis nous passerons en revue d'autres affections articulaires qui peuvent prêter à erreur et qui, pour être moins fréquentes que la syphilis et la

tuberculose, n'en doivent pas moins être toujours présentes à l'esprit du clinicien.

Diagnostic entre la tumeur blanche et la pseudo-tumeur blanche. — Pour la commodité de l'étude, nous diviserons nos éléments de diagnostic entre la tuberculose et la syphilis en :

A. Eléments cliniques ;
B. Eléments tirés du traitement d'épreuve ;
C. Eléments de laboratoire.

A. Eléments cliniques

1° *Antécédents personnels.* — Ces antécédents, lorsqu'ils existent, permettent évidemment d'avoir de très fortes présomptions en faveur de la syphilis ou de la tuberculose.

Pour la syphilis, on recherchera l'accident primitif, on fera une enquête discrète sur les éruptions suspectes, sur les maux de gorge fréquents, sur l'alopécie. On cherchera à sentir les ganglions épitrochléens, et dans les cas douteux on pourra même chercher la cicatrice du chancre ou l'existence de ganglions témoins de l'existence de ce dernier.

Mais la syphilis peut être ignorée de celui qui en est atteint. Certains malades sachant qu'ils en sont atteints la nient, ce qui fait qu'en clinique il ne faudra guère compter sur ces renseignements.

Du côté de la mère, on recherchera les fausses couches, les enfants mort-nés, mais ce ne sont pas encore là des signes de certitude : une femme peut ne pas avoir eu de fausses couches et avoir un enfant syphilitique.

2° *Antécédents héréditaires.* — Ceux-ci sont très importants dans l'hérédo-syphilis. Or, cette affection est très fréquente; elle donne peut-être plus d'arthrites syphilitiques que la syphilis acquise. En présence par conséquent d'un enfant présentant une lésion articulaire pouvant prêter à l'erreur, il faudra faire minutieusement l'interrogatoire des parents que nous venons d'indiquer dans le paragraphe précédent, car c'est d'eux seuls évidemment que dépend la solution du problème.

Mais ici se rencontrent les mêmes difficultés que pour la syphilis acquise; que l'on ajoute à cela les difficultés que l'on aura quelquefois à voir les parents, même s'ils sont connus, et l'on verra que les renseignements tirés de l'interrogatoire peuvent souvent faire défaut.

Nous n'avons envisagé que les antécédents que l'on trouve dans la syphilis. Dans la tuberculose, en effet, ces antécédents manqueront dans la plupart des cas, car la tumeur blanche se développe souvent chez des sujets qui ne sont à aucun point de vue suspects de bacillose.

On pourra rechercher si le malade n'était pas sujet à des bronchites fréquentes, n'avait pas eu d'abcès froid ou de pleurésies antérieures.

On fera une enquête sur la santé des parents: père et mère, frères et sœurs; mais, ou ces renseignements pourront être négatifs et le sujet être atteint néanmoins d'une tumeur blanche, ou bien ils pourront être positifs, et le sujet présenter une pseudo-tumeur blanche syphilitique.

En résumé, on voit que les renseignements tirés des antécédents pourront dans certains cas donner des éléments de probabilité, mais que dans la plupart ils ne donneront absolument rien.

3° *Age du malade.* — Nous avons dit que la pseudo-

tumeur blanche était l'apanage des sujets jeunes, car le plus souvent elle n'était qu'une manifestation de l'hérédo-syphilis; mais il n'y a là rien d'absolu. Il y a des pseudo-tumeurs blanches chez des sujets âgés, et la tumeur blanche est, on le sait, au même titre que l'arthrite syphilitique, l'apanage des jeunes sujets.

4° *Profession.* — On ne trouvera pas dans la profession du malade une source de diagnostic bien précieuse. Tout au plus certaines professions, par la prédisposition qu'elles constituent à la tuberculose seront-elles un élément de probabilité.

5° *Etat local.* — Nous avons vu qu'il n'y avait pas de fongosités dans la syphilis; mais l'œdème de la région périarticulaire, qui se produit aussi bien dans la syphilis que dans la tuberculose, ne permettra pas dans certains cas de les sentir dans la tuberculose pas plus que dans d'autres cas, ne permettra, en présence d'une syphilis, de dire qu'on ne les sent pas.

La douleur provoquée est également un signe en faveur de la tuberculose. On pressera avec le doigt les condyles fémoraux ou les tubérosités du tibia au niveau du genou par exemple; mais il y a des tuberculoses sans lésions osseuses douloureuses à cause de leur situation centrale et des syphilis à localisation douloureuse à cause des lésions superficielles de l'os.

L'atrophie musculaire est en faveur de la tuberculose; mais elle peut exister dans la syphilis. Qui n'a pas vu, de plus, des tumeurs blanches avec une atrophie musculaire peu marquée ou même masquée par l'adiposité du sujet dans les tuberculoses florides. Ce signe, bien que d'une très grande valeur dans les cas faciles, fera justement défaut

dans les cas douteux, c'est-à-dire lorsque l'on aurait besoin de lui pour confirmer un diagnostic.

Les attitudes vicieuses ne sont pas non plus un élément de diagnostic. On verra, par la lecture des observations que nous rapportons qu'elles existent même dans les tumeurs blanches syphilitiques. Toutes les fois qu'une articulation est atteinte, il semble que le malade mette sa jambe dans une position qui n'est pas sous la dépendance de la nature de la lésion, mais sous la dépendance de l'atteinte de l'articulation.

L'hydarthrose, coexistant avec les lésions osseuses, n'est pas non plus un signe de diagnostic, car on la rencontre aussi bien dans la syphilis que dans la tuberculose.

La douleur et l'impotence fonctionnelle constituent peut-être un meilleur signe permettant de différencier les deux variétés d'ostéo-arthropathies qui nous occupent; tandis que dans la tuberculose articulaire, même au début, le malade éprouve de la gêne dans la marche (signe du maquignon dans la coxalgie), dans la syphilis articulaire, au contraire, le malade peut marcher avec des lésions qui, si elles étaient tuberculeuses, ne lui permettraient pas le moindre mouvement.

On dit que les douleurs ostéocopes, plus violentes la nuit, sont un signe de syphilis: mais si ces douleurs se rencontrent dans la syphilis osseuse proprement dite et surtout dans la syphilis acquise, dans la syphilis héréditaire au contraire elles semblent faire défaut. L'absence de ce symptôme a induit en erreur plus d'un clinicien. Donc, tandis que la tumeur blanche du genou, par exemple, ne permettra pas au malade de marcher sans lui causer des souffrances intolérables et sans amener la fistulisation, il n'en sera pas de même dans la syphilis.

Le caractère des fistules pourrait servir dans certains cas à différencier les deux maladies.

Tout d'abord, nous venons de voir que les tumeurs blanches syphilitiques se fistulisaient plus tard que les tumeurs blanches tuberculeuses. En second lieu, l'aspect du liquide qui s'écoule par le trajet fistuleux, sirupeux et gommeux dans la syphilis, sera grumeleux, mal lié dans la tuberculose. Mais les infections secondaires surajoutées enlèveront toute valeur à ces renseignements au bout de peu de temps.

6° *Etat général.* — Il n'y a pas que la tuberculose qui cachectise ses malades; bien au contraire, il est des tuberculoses chirurgicales, articulaires en particulier, qui laissent les sujets dans un état général contrastant parfois avec la gravité des lésions locales.

La syphilis articulaire, au contraire, s'accompagne souvent d'atteinte de l'état général. A la période où elle se localise sur les articulations, en effet, la syphilis a envahi tout l'organisme, et ainsi s'explique cette cachexie syphilitique qui accompagne parfois les pseudo-tumeurs blanches et que l'on verra rapportée dans nos observations.

7° *Phénomènes concomitants.* — Nous avons ici un excellent moyen d'établir notre diagnostic: le malade observé dans le service du professeur Estor, et dont l'observation a servi de point de départ à notre thèse, présenta une perforation de la voûte palatine: un tel signe évidemment ne laisse pas de doute.

On recherchera chez les hérédos la présence de la triade d'Hutchinson; mais rien n'est plus inconstant que cette triade chez des hérédos avérés cependant.

On cherchera les gommes sous-cutanées chez l'adulte,

mais les signes cliniques manquent malheureusement plus souvent encore que les antécédents. Pour la tuberculose, on auscultera soigneusement le malade, on cherchera s'il n'existe pas un peu de péritonite bacillaire, si le malade ne présente pas des paquets d'adénite tuberculeuse. Mais ici encore la tumeur blanche peut constituer la seule manifestation clinique appréciable de la tuberculose.

8° *Siège et multiplicité des lésions.* — Nous avons vu que le genou était le siège de l'arthropathie syphilitique dans trois quarts des cas; mais c'est aussi le siège de prédilection de la tumeur blanche.

Il y a des maux de Pott syphilitiques, des ostéo-arthrites digitales également.

La multiplicité des articulations atteintes, si elle plaide en faveur de la syphilis, n'est pas cependant un élément de diagnostic suffisant.

9° *Abcès froids.* — Ce signe est un signe de grande valeur: la syphilis ne fait pas d'abcès froids typiques. Si l'on a pu dire que la syphilis faisait tout ce que fait la tuberculose, et nous venons de voir combien cette opinion était juste dans ses grandes lignes, elle ne fait pas d'abcès froids.

Par conséquent, s'il existe des abcès froids, si leur fonction révèle la présence des éléments du pus bacillaire, on pourra éliminer la syphilis; mais si, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent en pratique, il n'y a pas d'abcès froids, le doute persistera.

La conclusion de cette étude du diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose à forme de tumeur blanche, c'est que, si le diagnostic s'impose dans les cas faciles, où tous les éléments sont réunis, il restera en suspens dans

les cas douteux. C'est dans ces cas qu'il faudra avoir recours aux éléments tirés du traitement d'épreuve et du laboratoire.

B. Eléments tirés du traitement d'épreuve

Ces éléments, lorsqu'ils existent, sont excellents. Mais, comme pour instituer un traitement d'épreuve il faut tout au moins soupçonner déjà la possibilité d'une arthrite spécifique, ce moyen de diagnostic nous permettra non pas de différencier au premier abord une syphilis d'une tuberculose, mais de contrôler les cas douteux.

Nous verrons plus loin qu'il faut se méfier des résultats fournis par l'iodure de potassium dans les arthrites sporotrichosiques; mais pour le moment, où nous n'envisageons que le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose, l'administration de l'iodure à la dose de 6 à 8 grammes par jour, combinée ou non au traitement mercuriel, sera un moyen de diagnostic efficace. Nous n'aurons pas de résultat dans la tumeur blanche; nous verrons au contraire les lésions se fondre, les mouvements de l'articulation revenir dans les pseudo.

C. Eléments de laboratoire

Ces éléments s'appliqueront également aux cas douteux. On pourra employer:

La cutiréaction;
L'intradermoréaction;
L'ophtalmoréaction;
Le séro-diagnostic,

pour se rendre compte de l'existence d'une tuberculose.

Mais ces moyens sont bien décriés à l'heure actuelle, et somme toute, les réactions positives ou négatives n'auront de valeur que si elles sont associées à d'autres épreuves.

Un meilleur moyen de diagnostic résidera dans l'examen du liquide hydarthrosique, qui ne fait pour ainsi dire jamais défaut, soit dans la syphilis, soit dans la tuberculose.

On inoculera ce liquide au cobaye, et dans les cas de bacillose, la généralisation de la maladie nous permettra un diagnostic certain.

On fera l'examen cytologique de ce liquide, mais les formules peuvent être les mêmes dans les deux maladies, et, somme toute, ce moyen-là est loin de valoir le précédent.

Mais une réaction qui aura beaucoup de valeur dans les cas de syphilis, c'est la réaction de Wassermann.

Quoique décriée au début de son apparition, il est impossible, à l'heure actuelle, de nier le précieux appoint qu'elle apporte à tous les cas de diagnostic douteux. On la pratiquera donc systématiquement.

Somme toute, on voit la ressemblance entre les manifestations articulaires de la syphilis et de la tuberculose. Les signes cliniques sont très semblables dans les deux maladies, et c'est ce qui fait qu'on pensera le plus souvent à une tumeur blanche dans les cas difficiles. Les résultats fournis par le traitement d'épreuve et les recherches de laboratoire nous donneront la certitude, mais dans les cas seulement où l'on aura douté.

Formes associées. — Les formes mixtes de tuberculose et de syphilis articulaire ont été niées par la plupart des auteurs. Il vaut mieux, en effet, ramener tout à l'unité.

Toutefois, on peut admettre que le développement d'une tumeur blanche se modifie s'il évolue chez un syphilitique,

et réciproquement qu'une pseudo-tumeur blanche se modifie si elle évolue chez un tuberculeux.

On aurait peut-être ainsi la raison pour laquelle l'arthrite hérédo-spécifique ressemble tellement à de l'ostéo-arthropathie tuberculeuse. Les enfants sont amaigris, comme dans la tuberculose, les douleurs existent mais sont atténuées comme dans la syphilis. Au genou, l'atrophie du quadriceps se produit dans certains cas, dans d'autres elle fait défaut; dans d'autres elle est ébauchée comme si les deux processus pathologiques associaient leur action tout en se contrariant dans une certaine mesure.

Il est évident que la question ne saurait être tranchée tant que de sérieux arguments cliniques et de laboratoire ne seront pas venus éclaircir les cas douteux.

Il est seulement intéressant de noter que la syphilis et la tuberculose s'associent pour déterminer d'autres lésions hybrides, et qu'un lupus tuberculeux évoluant chez un syphilitique ne ressemble pas à un lupus banal.

Les lésions pulmonaires de la bacillose sont modifiées également lorsqu'elles évoluent chez un syphilitique. C'est ce que l'on a appelé depuis lontemps « la scrofulite de vérole ».

Aussi ne peut-on pas encore affirmer si l'avenir maintiendra la division bien tranchée entre la syphilis et la tuberculose articulaire, ou si, revenant aux idées de Ricord, on n'admettra pas l'existence de formes mixtes tuberculo-syphilitiques.

Diagnostic de l'ostéo-arthropathie syphilitique avec un certain nombre d'affections articulaires. — On ne devra pas confondre la pseudo-tumeur blanche syphilitique avec une arthrite aiguë passée à l'état chronique.

La fièvre typhoïde, la blennorragie pourront, en effet,

donner des arthrites avec attitude vicieuse, gêne fonctionnelle, atrophie musculaire; mais on retrouvera dans ces cas-là le début subit avec fièvre, douleur dans la région malade, et par conséquent le diagnostic sera facile à porter.

Le diagnostic sera parfois aussi à faire avec l'*ostéomyélite chronique d'emblée* ou l'ostéomyélite à évolution torpide.

Aimes rapporte, dans le *Progrès Médical* de mars 1913, le cas d'un enfant chez lequel le diagnostic primitivement porté fut celui de tumeur blanche. On mit un appareil plâtré qui gêna bientôt considérablement le malade.

On enleva l'appareil, on perçut de la fluctuation et on incisa; le malade guérit très bien; c'était une ostéomyélite du fémur.

On comprend, en effet, que ces ostéomyélites chroniques d'emblée, dont le début n'a pas le tableau clinique bruyant de l'ostéomyélite aiguë, puissent prêter à des erreurs. L'affection est d'abord assez rare, ce qui fait que l'on n'y pense pas.

En second lieu, pour simuler une tumeur blanche, il faut que le siège de l'ostéomyélite soit paraarticulaire.

Il y aura dans ces cas-là une augmentation de volume ne portant que sur une extrémité osseuse; mais dans la syphilis ce symptôme peut également être le même, un des deux os seulement étant atteint.

Il y aura aussi, comme dans la pseudo-tumeur blanche, de la gêne fonctionnelle, une douleur pas très vive, de l'atrophie musculaire, et l'on comprend que le diagnostic pourra s'égarer soit vers l'hypothèse d'une vraie tumeur blanche, s'il y a des signes de tuberculose, soit vers celle d'une arthropathie syphilitique. Dans ce cas, évidemment,

seules les épreuves de laboratoire pourront venir en aide au clinicien.

Une autre affection fréquente, elle aussi, dans le jeune âge, et se localisant au niveau du genou, c'est l'*arthrite hémophilique.*

Ici le danger ne vient pas seulement de l'erreur possible du diagnostic, il vient des conséquences que peut avoir pour le malade une intervention à cause de l'hémorragie menaçante.

Cette arthrite est bilatérale le plus souvent; elle évolue par poussées, mais elle peut simuler la forme synoviale ou la forme osseuse de la syphilis articulaire. Que l'épanchement sanguin, en effet, se fasse dans la synoviale, nous aurons de la douleur peu marquée, de l'impotence fonctionnelle et, à la palpation, nous sentirons un empâtement de la région; par places, même, la fibrine coagulée nous donnera l'impression de plaques de blindage.

Que l'épanchement soit sous-périosté, au contraire, et nous aurons une augmentation de volume des extrémités osseuses qui nous fera penser à une ostéoarthrite spécifique ou tuberculeuse.

Mais ici le diagnostic s'éclairera au moyen des antécédents. On sait que l'hémophilie est une maladie familiale héréditaire atteignant surtout les jeunes garçons de 6 à 10 ans. Les hémorragies ne se localisent pas et ne commencent jamais au niveau des articulations. On trouvera des épistaxis, des hémoptysies dans les antécédents des malades. La présence d'ecchymoses multiples sera aussi un moyen de diagnostic. Somme toute, il suffit de penser à l'ostéoarthrite hémophilique pour faire son diagnostic.

Le diagnostic avec l'*ostéo-sarcome* est beaucoup plus intéressant. L'ostéo-sarcome se localise de préférence au

genou; il siège le plus souvent au niveau de l'extrémité inférieur du fémur.

C'est une affection des jeunes, elle s'accompagne d'une gêne fonctionnelle peu marquée parfois, de douleurs atténuées. On voit combien les ressemblances entre l'ostéo-sarcome et la pseudo-tumeur blanche sont nombreuses.

L'existence d'un réseau veineux à la surface de la tumeur, l'augmentation de la température locale sont des signes qui peuvent manquer.

Et pourtant il est urgent de faire le diagnostic. Le traitement d'épreuve sera donné dans ces cas-là, car en clinique il n'y a pour ainsi dire aucun moyen de diagnostic certain entre l'ostéo-sarcome et les arthropathies syphilitiques. Si malgré le traitement la tumeur continuait à s'accroître, on interviendrait.

Le diagnostic sera à faire également avec les *arthropathies nerveuses*, et notamment avec les *arthropathies tabétiques*.

Ce diagnostic, au contraire des précédents, sera à faire chez les sujets âgés. La syphilis, dans ces cas-là, sera donc acquise. Ce qui complique la situation, c'est que la plupart des tabétiques ont été syphilitiques. Quand donc dira-t-on qu'il y a arthropathie syphilitique tertiaire, quand donc dira-t-on qu'il y a arthropathie tabétique? Les lésions ne sont pas les mêmes microscopiquement, mais au point de vue clinique l'augmentation de volume, l'indolence, les attitudes vicieuses se rencontrent dans les deux cas.

Ce sont les symptômes concomitants qui fixeront le diagnostic. Si l'on ne trouve pas d'Argyll-Robertson, d'abolition de réflexes, ni de Romberg, on inclinera vers la lésion articulaire spécifique, et alors le traitement l'améliorera. Il faut savoir toutefois que l'arthropathie tabétique peut être un symptôme de la période préataxique et constituer le

premier signe de la maladie; mais c'est là une rareté clinique.

Les autres arthropathies nerveuses se diagnostiqueront par les symptômes de la maladie causale (syringomyélie, etc...).

Le diagnostic se fera avec les *kystes hydatiques* péri-articulaires; mais ici l'accroissement rapide de la tumeur, sa fluctuation, lorsqu'on pourra la percevoir, seront des signes en faveur du kyste.

Cette éventualité clinique est d'ailleurs une exception.

Il en est de même des *tumeurs graisseuses, fibreuses ou vasculaires* (angiomes) para-articulaires.

Il nous restera encore enfin à faire le diagnostic avec les *arthrites sporotrichosiques*. Ces arthrites sont d'une connaissance toute récente: elles simulent à s'y méprendre l'arthrite syphilitique par l'aspect de leurs lésions et surtout par la coexistence qui peut se produire chez le même malade d'ulcérations multiples siégeant à la surface du corps ou à la surface des os et qui pourra faire penser à des ulcérations spécifiques.

Une autre cause d'erreur réside dans ce fait que si, croyant à une syphilis, on administre de l'iodure, il se produit une amélioration très nette des lésions, car l'iodure est le médicament héroïque commun à la syphilis ou à la sporotrichose.

Le diagnostic se fera par l'examen microscopique du pus, par la culture sur le milieu de Gougerot, par la sporo-agglutination et par la fixation du complément.

Il est probable qu'au fur et à mesure que nos connaissances sur les arthrites sporotrichosiques se compléteront, on trouvera que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit actuellement, ceci à cause de la nécessité du

traitement par l'iodure, que l'on ordonne lorsque l'on croit être en présence d'une syphilis.

Telles sont les principales affections articulaires pouvant prêter à la confusion avec la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

De tout ce que nous venons de dire se dégage l'idée que le seul diagnostic important par sa fréquence est le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose. Les autres maladies des articulations sont beaucoup plus rares, et c'est pour cela que nous avons beaucoup moins insisté à leur sujet.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des pseudo-tumeurs blanches repose uniquement sur leur traitement.

Sans une thérapeutique active, les lésions peuvent aller jusqu'à la destruction osseuse complète, bien que la syphilis mette très longtemps à faire des lésions irrémédiables de l'articulation.

Le traitement consistera dans l'administration de biodure de potassium à fortes doses, de 1 gramme pour les enfants à 8 grammes pour les adultes, longtemps continuée.

On y associera de préférence le traitement mercuriel intensif sous la forme d'injections hypodermiques; 0,02, par jour, de benzoate de mercure par exemple.

Sous son influence, les lésions s'atténueront rapidement et le résultat fonctionnel sera excellent; c'est là la caractéristique des lésions spécifiques.

Enfin le traitement par le néo-salvarsan à cause de son innocuité absolue, de sa facilité d'application et des résultats remarquables qu'il donne au point de vue cicatrisation, sera employé, si les circonstances le permettent, et surtout dans les cas de pseudo-tumeurs blanches fistulisées.

Nous ne parlerons pas du traitement chirurgical, il devra être l'exception, et l'on ne sera autorisé à l'employer qu'après échec du traitement médical, lorsque, en présence

de lésions destructives nettes, il faudra pallier aux rétractions cicatricielles.

Nous allons maintenant donner quelques observations de cas typiques de pseudo-tumeurs blanches ; nous mettons en première ligne, celle qui a servi de point de départ à notre thèse.

OBSERVATIONS

Observation Première

Observation de MM. Etienne, agrégé et Aimes, chef de clinique, publiée dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1913, p. 273.

L..., 6 ans, entre le 5 juillet 1911 dans le service du professeur Estor; il se plaint d'une douleur dans le genou gauche, accompagnée d'impotence fonctionnelle.

La douleur remonte à juin 1911; le début a été insidieux; l'augmentation régulière, plus marquée pendant la marche. Légère boîterie.

Peu à peu l'enfant a refusé de marcher.

A l'examen, on trouve:

1° Un genou globuleux;

2° La jambe en flexion sur la cuisse;

3° Un empâtement assez net de la région.

Il y a en outre des points douloureux au niveau du tibia, on perçoit le choc rotulien. Les mouvements de l'article sont limités. La cuisse est atrophiée: micropolyadénite généralisée.

Aucune autre manifestation pathologique.

L'état général est peu brillant.

L'interrogatoire des parents au sujet de la syphilis est négatif.

Devant ce tableau clinique, on porte le diagnostic de tumeur blanche et on applique un appareil plâtré le 10 juillet 1911.

L'appareil est remis le 20 septembre 1911, l'état local s'est amélioré, les lésions paraissent en voie de régression, ce qui semble confirmer le diagnostic; l'état général est meilleur. On applique un second plâtré le jour même et le malade rentre dans sa famille le 22 septembre 1911.

Le malade revient à l'hôpital quelque temps après: le tableau clinique a complètement changé; le genou gauche est encore globuleux, mais on est frappé par la facilité avec laquelle s'exécutent les mouvements; la *flexion complète* se fait sans douleur, la palpation est indolore.

D'autre part, depuis quelques jours est apparu un gonflement diffus du coude et du poignet droits avec conservation des mouvements.

Il y a un mois, perforation de la voûte palatine.

Cet ensemble clinique fait évidemment penser à la syphilis. Le père, pressé de questions, finit par avouer qu'il a contracté, il y a cinq ans, un chancre suivi de roséole et qu'il ne s'est soigné que pendant un an; d'autre part, sa femme a de fréquents maux de gorge.

Un fait qui avait contribué, lors du premier interrogatoire à faire écarter la syphilis, était l'absence de fausses couches chez la mère qui était enceinte pour la quatrième fois à ce moment-là. Des trois enfants précédents, un seul était mort à cinquante jours.

La réaction de Wassermann est nettement positive.

On confie l'enfant au professeur Vedel qui la traite par le 606.

Résultats excellents. Régression rapide des lésions, relèvement de l'état général. Rétrécissement de la perforation palatine.

Trois mois plus tard, l'enfant est revu; il ne lui reste qu'un léger degré de *genu valgum* et la perforation palatine semble se combler sans nécessiter d'intervention.

Les auteurs de l'observation insistent sur la difficulté du diagnostic précoce dans ce cas :

1° Les grossesses étaient normales ;
2° L'âge du malade était défavorable à la syphilis ;
3° La lésion était unilatérale ;
4° Il n'y avait pas de douleurs plus intenses la nuit ;
5° Déformation de la jambe en flexion ;
6° Pas de triade d'Hutchinson.

En présence de la difficulté du diagnostic, les auteurs conseillent dans ces cas de pratiquer systématiquement une réaction de Wassermann.

Observation II

(Résumée)

Observation de Tibia. Un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, n° 12, 1907, p. 822.

Malade de 42 ans, entré à l'hôpital en 1905, pour une tumeur blanche du genou ; on proposa l'amputation ; refus du malade ; essai d'un traitement conservateur.

Le genou droit était augmenté de volume, la jambe fléchie sur la cuisse, atrophie musculaire, infiltration du cul-de-sac sous-quadricipital. Condyles fémoraux augmentés de volume. La jambe ne pouvait se redresser sans déterminer de vives douleurs.

Chose curieuse, le malade souffrait et bien que la tumeur remontât à deux ans, il était entré à l'hôpital à cause de l'exacerbation des douleurs qui était survenue depuis la pose d'un appareil silicaté.

Outre la lésion du genou, il existait une collection fluctuante, indolore, survenue à peu près en même temps que l'affection articulaire, siégeant au niveau du frontal et manifestement d'origine osseuse.

L'état général était mauvais; malade maigre; rien aux poumons.

Pas d'antécédents bacillaires.

On porte le diagnostic de tumeur blanche; on fait le redressement forcé et on pratique des injections d'huile iodoformée. Un séjour à la mer combiné aux injections ne donne rien, sinon une laxité de plus en plus considérable de la jambe survenue à la suite de l'ablation de l'appareil et d'un massage de la région que le malade se fait faire de sa propre autorité.

Rencontré dans la rue, à son retour de la mer, par le docteur Vivier, le malade marche mal sans doute, mais mieux que ne le permettrait une tumeur blanche traitée par la mobilisation et le massage.

Un an après, en novembre 1906, le malade va voir le docteur Vivier. Bien que n'ayant suivi aucun traitement depuis plus d'un an, l'état local est resté le même; il n'y a pas de fistulisation, on perçoit cependant, sur le côté externe de l'articulation une plaque de blindage de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. La tuméfaction frontale s'est fistulisée; il sort par le trajet un pus jaunâtre et peu épais. On pense alors, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques à une pseudo-tumeur blanche.

On formule: benzoate de mercure en injections, 2 centigrammes par jour, pendant deux mois avec quinze jours de repos.

En février 1907, deuxième série de piqûres.

La marche devient peu à peu plus facile, l'état local s'améliore, et de 42 kilog., le malade passe à 57.

Le 11 octobre 1907, autre série de piqûres.

A cette époque, le genou a repris son volume normal, il ne persiste que la plaque de blindage plus haut signalée; la jambe est en rectitude; il n'y a plus de douleurs à la mar-

che; la fistule frontale s'est fermée. Au point de vue fonctionnel, le genou droit est l'égal du genou gauche.

Observation III

(Résumée)

Pascalidès. Thèse Paris, 1905.

Tumeur blanche syphilitique du genou droit, forme synoviale. — Manifestations syphilitiques tertiaires à distance. — Troubles fonctionnels sérieux. — Guérison par le traitement spécifique intensif.

K... Louis, âgé de 45 ans. Parents en bonne santé. Frères et sœurs bien portants. Pas de tuberculose dans la famille. N'a pas été malade jusqu'à 20 ans. A cette époque, subit une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui l'a tenu deux mois au lit avec des douleurs atroces et dont la convalescence fut fort longue.

A l'âge de 23 ans contracte la syphilis; début par un chancre à la verge, bientôt suivi de roséole et enfin de plaques muqueuses dans le pharynx, sur la langue et aux lèvres.

Le malade subit un traitement et se croit guéri.

A 39 ans, le malade présente une perforation de la cloison nasale. A ce moment, traitement suivi d'amélioration, mais pas de guérison complète.

Vers le mois de juillet 1912, le malade remarque que le genou droit se fatigue rapidement. La gêne et la petite douleur du genou s'accentuent. Le malade ne peut bientôt plus se lever; il a la jambe comme une barre de fer, le genou est globuleux, peu douloureux, mais la marche est impossible.

En mars 1903, apparurent deux abcès périrectaux qui devinrent le point de départ de trajets fistuleux. On l'opère.

Jusque là on n'a pas pensé à la nature spécifique du mal ; au contraire, les fistules périnéales laissaient une bien grande présomption en faveur de la tuberculose.

Un mois après, au milieu de la nuit, le malade est pris de délire, d'agitation. Le médecin croit à un début de paralysie générale ; on le transporte à l'hôpital Lariboisière et on le traite immédiatement par des piqûres de mercure à hautes doses.

Au bout de deux semaines, l'état cérébral était merveilleusement amendé, mais celui du genou ne s'était presque pas amélioré. D'ailleurs, il semble qu'à ce moment on croyait à une tumeur blanche du genou, puisqu'on lui faisait en même temps des pointes de feu et de l'immobilisation.

Mais pas de ganglions dans l'aine ; rien au sommet.

Une ponction du genou pratiquée permet de retirer une certaine quantité d'un liquide filant, visqueux. Immédiatement après, le malade est mis dans un plâtre qui l'immobilise pendant une vingtaine de jours. Trois semaines après on défait le plâtre pour examiner le genou, et à ce moment-là on pense à la nature spécifique de cette arthrite. On fait subir un traitement intensif par le mercure.

Trois mois plus tard, la synoviale du genou avait recouvré toute sa souplesse. En somme, guérison complète obtenue grâce à un traitement intensif et surtout prolongé.

Observation IV

(Résumée, même auteur)

Tumeur blanche syphilitique du genou gauche avec périostite syphilitique circonscrite.

Mme L... Marie, âgée de 24 ans, entre le 13 janvier 1905 à l'hôpital pour une déformation du genou gauche avec gêne de la marche.

Rien de caractéristique dans ses antécédents héréditaires.

Mariée, elle a eu deux couches qui se sont bien passées. Les enfants se portent bien.

Il y a six mois, la malade s'est aperçue que son genou gauche commençait à augmenter de volume, mais elle n'éprouvait aucune douleur et la marche n'était que médiocrement gênée. Cependant, comme la déformation du genou s'accusait de plus en plus, elle vient consulter à l'hôpital.

A l'examen, le genou gauche est augmenté de volume, globuleux, peu douloureux; la peau a conservé sa coloration normale.

Par une palpation attentive du système osseux articulaire, on trouve deux points osseux sensibles à la pression, l'un au niveau du condyle fémoral interne, l'autre au niveau de la partie interne du plateau tibial.

Il y a une très légère quantité de liquide dans l'articulation, mais le choc rotulien est net, sans la sensation de tapis ou des fongosités.

On explore facilement les culs-de-sac synoviaux, mais on est immédiatement frappé par la différence de consistance suivant les différents points de la réflexion synoviale.

En haut et en dehors, on sent des plaques dures, fibro-cartilagineuses, dont la plus intense est grande comme une pièce de 5 francs. Cette plaque n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression. En haut et en dedans, on sent de même une plaque fibro-cartilagineuse, donnant cette sensation de ressaut, mais séparée des deux premières par un intervalle où la synoviale a conservé sa souplesse et sa consistance normales.

Cette plaque a les mêmes caractères que les précédents.

Au niveau des culs-de-sac inférieurs, cette sensation se

retrouve beaucoup moins nette et moins marquée. La synoviale est souple, sauf en divers points, où on peut noter deux petites plaques de blindage.

Les mouvements de l'articulation sont peu douloureux et provoquent des craquements. Il y a une certaine laxité ligamenteuse qui se traduit par des mouvements de latéralité du genou.

Les muscles de la cuisse et de la jambe sont atrophiés.

Cette atrophie est surtout marquée au niveau du triceps. Il y a dans l'aine quelques ganglions, mais très petits et sans caractère.

Le genou du côté opposé est parfaitement sain. En présence de cette arthropathie spéciale, on soupçonne la syphilis. De fait, on retire quelques stigmates, assez vagues il est vrai, maux de tête, maux de gorge, perte des cheveux surtout.

La malade est soumise à un traitement intensif. Frictions mercurielles quotidiennes avec administration d'Ik.

Elle demande à sortir le 13 février. Sans être complètement guérie, elle est très améliorée.

Observation V

(Résumée)

Article de MM. Kirmisson et Jacobson sur les arthropathies dans la syphilis héréditaire. Revue d'Orthopédie, 1897.

L'enfant Charles L...., âgé de 4 ans et demi, nous est amené le 17 septembre 1896 à la consultation de l'hospice des Enfants assistés, pour un gonflement du genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la syphilis il y a 5 ou 6 ans, à l'âge de 26 ans. Il est soigné par le protoiodure et le sp. de Gibert pendant deux ans.

La mère n'a pas d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis. Elle a eu cinq enfants.

Premier enfant: garçon. Mort-né au septième mois de grossesse.

Deuxième enfant: garçon. Agé actuellement de 10 ans et demi, atteint d'otite chronique suppurée.

Troisième enfant: fille. Morte à l'âge de 6 mois avec des éruptions sur tout le corps.

Quatrième enfant: fille. Agée actuellement de 6 ans. A eu, il y a deux ans, une grosseur à l'anus traitée avec succès par le sp. de Gibert et l'iodure.

Cinquième enfant: est le malade en question.

Antécédents personnels. — Cet enfant, à l'âge de 18 mois a présenté une éruption généralisée rapidement amendée par des frictions mercurielles; depuis l'enfant s'est toujours bien porté.

L'affection actuelle du genou a débuté sans cause connue en décembre 1895. C'est le matin, en levant l'enfant que la mère a remarqué par hasard que le genou était gros.

L'enfant ne s'en était pas plaint.

On conduit l'enfant dans un hôpital où on lui appliqua des pointes de feu, puis un appareil plâtré qu'il garda dix-huit jours, sans résultat aucun.

Comme l'affection n'était pas douloureuse, on ne s'en préoccupa pas davantage et l'enfant ne suivit pas d'autre traitement.

Un an après le début du mal, on nous amène le petit malade.

Etat actuel. — Le genou gauche est augmenté de volume dans son ensemble. L'exploration de l'articulation montre qu'elle renferme une quantité modérée de liquide. Il n'y a pas de fongosités.

Ce qui nous frappe surtout, c'est l'indolence lors des

mouvements passifs et la conservation intégrale de ses mouvements. Pas d'attitude vicieuse du membre. Léger degré de *genu valgum*.

Il n'y a jamais eu de douleurs dans son genou malade.

Diagnostic. — Ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique.

Traitement. — Frictions mercurielles et iodure de potassium.

Observation VI

(Résumée)

In Th. de Métayer, 1904.

André S..., âgé de 7 ans, entre le 14 janvier 1903, à l'hôpital des enfants malades, salle Bouchat, dans le service de M. le professeur Grancher.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant a été nourri au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois ; il a marché tard, à vingt mois seulement. Rougeole à trois ans et demi.

Etat actuel. — L'enfant ne peut marcher. Les deux genoux sont déformés, le droit plus que le gauche ; ils sont le siège d'une augmentation de volume qui leur donne une apparence globuleuse et cet aspect accentué par l'atrophie musculaire rappelle absolument pour le genou droit, la déformation caractéristique de tumeur blanche tuberculeuse. La palpation permet de se rendre compte que cet aspect des jointures tient à l'augmentation de volume des extrémités osseuses. Hydarthrose ; choc rotulien. De plus, le cul-de-sac sous-bicipital du côté droit est empâté et la palpation en est douloureuse en dehors. Les mouvements douloureux à droite. L'extension complète impossible ; le membre inférieur en demi-flexion.

Diagnostic. — Double ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique.

Traitement. — Injection intra-musculaire de bi-iodure de mercure en solution aqueuse par l'addition de l'iodure de potassium.

CONCLUSIONS

I. La syphilis, parmi toutes ses localisations, affecte avec prédilection les articulations. La forme d'arthrite syphilitique la plus intéressante est la pseudo-tumeur blanche, qui peut être un accident tertiaire ou un accident hérédo-syphilitique.

II. Cette pseudo-tumeur blanche, au point de vue symptomatique, se confond à peu près avec la tuberculose articulaire; il en résulte de grandes difficultés de diagnostic.

III. Ce diagnostic reposera sur les signes cliniques et surtout sur les antécédents du malade et les symptômes concomitants.

Lorsque ces derniers font défaut, on aura recours aux procédés de laboratoire ou au traitement d'épreuve.

IV. Le traitement améliore considérablement les lésions syphilitiques, mais il est encore difficile, à l'heure actuelle, de faire, dans certains cas, la part qui revient à la tuberculose et celle qui revient à la syphilis dans certaines formes mixtes où il semble qu'il faille admettre l'influence combinée de la maladie causale et du terrain sur lequel elle évolue.

TRAVAUX CONSULTÉS

Addison. — Affections chirurgicales des os et des articulations chez les enfants. (Medical Press and Circular, Londres, mars 1913.)

Arnaud. — Rhumatisme tuberculeux. Revue d'Orthopédie, 1908.

Bani. — Arthropathies tabétiques. (Th. Paris, février 1911.)

Barker. — Différenciation des arthrites chroniques. (Congrès de Londres, août 1913.)

Crespin. — Arthropathies nerveuses. (Gazette Hôp., 3 avril 1901.)

Chrétien. — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophique chez une syphilitique. (Revue de Médecine, 1893, p. 326.)

Dominicis (De) [Naples]. — Syphilis et tuberculose. (Congrès de la tuberculose, Paris, 1905, p. 538.)

Defontaine. — La syphilis articulaire. (Th. Paris, 1882.)

Dumenil. — Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. (Th. Paris, 1880.)

Etienne et Aimes. — Pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Bulletin de la Société des Sciences médicales de Montpellier, 18 avril 1913, p. 273.

Ferry. — Séro-diagnostic et séro-pronostic tuberculeux des épanchements articulaires. (Th. Lyon, nov. 1909.)

Fouquet. — De la syphilis articulaire. (Th. Paris, 1905.)

Fournier et Croujon. — Synovite et arthropathie syphilitique. (Ann. de dermatologie et de syph., avril 1902, p. 266.)

Frisault. — Dystrophies osseuses de la tuberculose articulaire de l'enfant. (Th. Paris, déc. 1908.)

Gaucher. — Des gommes épiphysaires. (Soc. Clin. de Paris, 1879.)

Lancereaux. — Mémoires de la Société de chirurgie, déc. 1863.

Métayer. — Les manifestations de la syph. héréditaire tardive. (Th. Paris, 1904.)

KIRMISSON et JACOBSON. — Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. Revue d'Orthopédie, 1897, p. 366.

PASCALIDÉS. — Tumeurs blanches syphilitiques. (Th. Paris, 1905.)

SAINT-PIERRE. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire. (Th. Lyon, 1900.)

SAUCET. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive. (Bordeaux, 1904.)

THIRION. — Etude cytologique des épanchements articulaires. (Th. Lille, 1905, n° 25.)

TOUSSAINT. — Des arthropathies et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique. (Th. Paris, 1881.)

VERDUN et TONEL. — Contribution à l'étude des arthrites sporotrichosiques. (Revue de chirurgie, t. XXXI, 10 septembre 1911,)

VIVIER. — Note sur un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique. Ann. de Derm. et de Syph., n° 12, 1907, p. 892.)

VOISIN. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. Th. Paris, 1875.)

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 17 juillet 1914,
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 17 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos .....

Introduction et Historique..... 11

Etiologie..... 14

Anatomie Pathologique..... 17

Symptomatologie..... 21

Diagnostic..... 24

Pronostic et Traitement..... 39

Observations 41

Conclusions..... 53

Travaux consultés 55

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !